

**Seguro  
médico  
y  
nutrición**  
SOLICITUD

**access**  
**NY**

**Para niños,  
adultos, y  
familias**

health care



# INSTRUCCIONES

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD** Toda la información que usted proporcione en esta solicitud permanecerá confidencial. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los encargados de la inscripción, las agencias locales o estatales y los planes de asistencia médica que necesitan conocerla para determinar si usted (la persona solicitante) y los miembros de su familia son elegibles. La persona que le ayuda a completar esta solicitud no puede revelar esta información a nadie, excepto a su supervisor o a las agencias locales o estatales, o planes médicos que la necesitan.

**INSTRUCCIONES** para completar esta solicitud de Access NY Health Care. Esta solicitud no es para personas que solicitan servicios de cuidado a largo plazo (como cuidado de enfermería en su casa, cuidado personal o cuidado en su casa).

**POR FAVOR LEA** toda la solicitud, las instrucciones y la lista de documentos antes de empezar a llenarla. Si esta solicitud es SOLAMENTE para niños o una mujer embarazada, complete las Secciones de la A a la H, y la Sección K. Todos los otros solicitantes deben completar todas las secciones. (Vea la lista de documentación para determinar qué documentos son aceptables. Si necesita más espacio para anotar la información, por favor utilice la página marcada INFORMACIÓN ADICIONAL) (*Additional Information*.)

## SECCIÓN A Cómo comunicarnos

En esta sección pedimos nos informen cómo nos pondremos en contacto con los solicitantes. La dirección es donde viven las personas que solicitan seguro médico. Si la dirección postal es diferente, allí mandaremos las tarjetas del seguro médico y todos los avisos.

## SECCIÓN B Información sobre el núcleo familiar

Anote los nombres de todas las personas que desean solicitar o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o el Programa de Asistencia para Cuidado Prenatal (*Prenatal Care Assistance Program*, o PCAP). Incluso si el padre, madre, padrastro, madrastra o cónyuge vive en su casa pero no realiza la solicitud, anote su nombre en la lista. Usted también puede anotar a otros miembros de su familia si lo desea (por ej. un hijo dependiente menor de 21 años). Anotar a los demás miembros de su familia puede darle un nivel de elegibilidad más alto o permitirnos observar su elegibilidad bajo una categoría distinta. Anote al jefe de familia en la línea No. 1. Complete la información solicitada para cada persona que aparece en la lista.

### ¿Está embarazada esta persona?

Esta información nos ayuda a determinar el tamaño de su familia. Una mujer embarazada cuenta como dos personas.

### Parentesco con el jefe de familia.

Muestra en qué forma está relacionada cada persona con el jefe de familia (la persona anotada en la línea No. 1) por ej., esposa, hijos, hijastros, sobrina, sobrino, etc.



**¿Desea seguro médico esta persona?** A cada persona que solicite seguro médico se le inscribirá solamente en el programa para el que califica: Medicaid, Child Health Plus A o B, PCAP o Family Health Plus.

**Número de Seguro Social.** Se debe proveer el número del Seguro Social de todas las personas que están solicitando, si el número es disponible. Éste no se requiere para mujeres embarazadas, o cualquier miembro de la familia que no esté solicitando el seguro médico.

**Raza o grupo étnico.** Esta información es opcional. La pregunta se hace para asegurar que todas las personas tengan acceso a los programas. Si responde a esta pregunta, utilice el código que mejor describe la raza u origen étnico. Puede escoger más de una alternativa.

## SECCIÓN C Seguro médico

Es importante que nos informe si alguien en su familia tiene seguro médico, o está cubierto por otro seguro, por varias razones:

- En algunos casos, es posible que no pueda inscribirse en ciertos programas;
- Ciertos solicitantes, les restaremos de sus ingresos el costo del seguro médico;
- Cuando recibamos facturas médicas en el futuro, podremos determinar cuál de los seguros debe pagar primero.

Anote los nombres de toda persona de su núcleo familiar que ya está inscrita en Medicaid, Child Health Plus A o B, Family Health Plus o PCAP con sus números de identificación. Esto nos ayudará a reducirle su papeleo.

Anote a todas las personas que están cubiertas por cualquier otro seguro médico privado o Medicare, y proporcione la información que se solicita. Si dicha cobertura termina pronto, indique la fecha en que finalizará la cobertura.

Para ayudar a responder si alguien tiene seguro médico de un plan de beneficios estatal, a continuación se describe lo que queremos decir:

**Plan estatal de beneficios médicos** es el programa de seguro médico "New York State Health Insurance Program", o NYSHIP del estado de Nueva York, que se ofrece a empleados o jubilados del gobierno del estado de Nueva York, la legislatura del estado (State Legislature) y el sistema unificado de tribunales (Unified Court System). Algunas agencias locales del gobierno, y distritos escolares también eligen participar en NYSHIP. Si no está seguro, verifique esto con su empleador.

## SECCIÓN D Ciudadanía

Se requiere esta información solamente de las personas que solicitan seguro médico. Las mujeres embarazadas no necesitan completar esta sección. Para ser elegibles de recibir seguro médico, las personas de 19 años de edad o más, deben ser ciudadanos o estar dentro de una de las muchas categorías de inmigrantes. Los niños residentes del estado de Nueva York y que no tienen otro seguro médico son elegibles, sin importar su condición de inmigración.

### DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El servicio de inmigración y naturalización (*Immigration and Naturalization Service*, o INS) ha expuesto que el estar inscrito en Child Health Plus A o B, Medicaid, PCAP o Family Health Plus NO PUEDE afectar la posibilidad de que una persona obtenga una tarjeta de inmigrante (green card), convertirse en ciudadano, traer de fuera a un miembro de su familia, o viajar fuera y regresar a este país (excepto si Medicaid está pagando por cuidado a largo plazo en lugares como una residencia de ancianos u hospital psiquiátrico).

**El Estado no reportará al INS ninguna información contenida en esta solicitud.**

## SECCIÓN E Ingresos familiares

En esta sección anote todo tipo de ingresos y las cantidades recibidas por las personas que anotó en la Sección B.

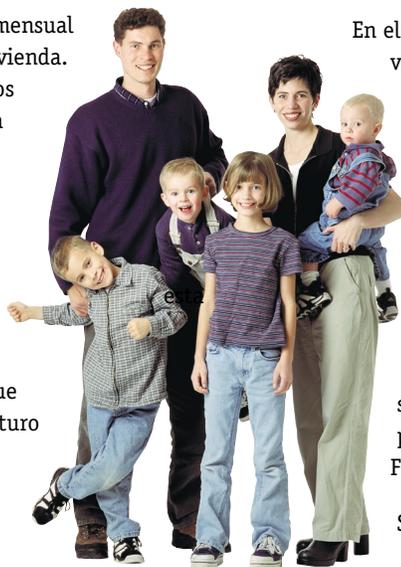
Si la familia no tiene ingresos de dinero, explique cómo se mantienen los solicitantes.

**Costo del cuidado de niños y de adultos dependientes:** Esto es, cuánto paga usted a otra persona para que cuide a sus niños o a un cónyuge o padre incapacitado mientras usted trabaja o asiste a la escuela. Algunas de estas cantidades se podrán restar de sus ingresos mensuales.

## SECCIÓN F Gastos de la vivienda

Anote el costo mensual de la vivienda de la familia. Esto incluye la renta, pago mensual de la hipoteca u otro pago relativo a la vivienda. Si usted paga por una hipoteca, incluya los impuestos a la propiedad y el seguro de la propiedad. Si paga por calefacción anote qué tipo tiene (gas, diesel, eléctrica).

Si esta solicitud es solamente para niños menores de 19 años, y/o para una mujer embarazada, no tiene que proporcionar información. Sin embargo, si la proporciona, estos solicitantes pueden continuar recibiendo sus beneficios aunque sus ingresos familiares aumenten en el futuro y ya no califiquen para Medicaid o Child Health Plus A.



## SECCIÓN G Enfermedades o lesiones

Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para los solicitantes. Usted podría obtener mejores servicios médicos si está incapacitado, tiene una enfermedad grave, o elevadas facturas por servicios médicos. Esta sección también nos ayuda a saber si alguien más debe pagar por cuidado médico.



Si usted tiene facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses, ya sean pagadas o no pagadas, Medicaid y Child Health Plus A podrían pagar esos costos. Si desea que nosotros determinemos eso, marque "sí". **Adjunte copias de sus facturas médicas con esta solicitud.**

## SECCIÓN H Mujeres, bebés y niños (WIC)

Mujeres, bebés y niños (*Women Infants and Children*, o WIC) es un programa para mejorar la nutrición y la salud de mujeres, bebés y niños. Marque "sí" si también desea presentar la solicitud para este programa. El solicitar para WIC no cambia su elegibilidad para el seguro médico. Y tendrá que visitar una oficina de WIC.

**DETÉNGASE AQUÍ. Si esta solicitud es SOLAMENTE para niños menores de 19 años y/o para una mujer embarazada, pase a la Sección K.**

## SECCIÓN I Recursos

**NO COMPLETE ESTA SECCIÓN HASTA HABERSE ENTREVISTADO CON EL ENTREVISTADOR.**

Las mujeres embarazadas y los niños menores de 19 años no tienen que responder a esta pregunta.

En el momento de la entrevista, se le preguntará respecto al valor total de sus recursos. Ejemplos de recursos incluyen cosas tales como dinero en una cuenta en un banco o cooperativa de crédito, acciones, bonos, fondos mutuos, certificados de depósito, cuentas de mercado monetario (money market), fondos en fideicomiso, programas 401k, y propiedades. Los recursos también pueden incluir el valor de su automóvil.

El entrevistador le ayudará a determinar lo que debe contar para totalizar el valor de sus recursos. El valor de sus recursos no lo descalifica para el seguro médico, pero sí afecta la posibilidad de obtener Medicaid o Family Health Plus.

Se le explicará si debe documentar sus recursos.

**Más instrucciones al dorso** ▶

## Información sobre padres o cónyuges que no viven con la familia

### SECCIÓN J

**Es importante para nosotros saber si usted o sus niños tienen disponible un seguro médico por parte de un padre o cónyuge que vive en otro lugar.**

Las mujeres embarazadas no tienen que responder estas preguntas. Para ser elegibles, todas las personas de 19 años de edad o más que soliciten, deben estar dispuestas a proporcionar información que nos ayude a obtener el seguro médico de padres o esposos que no viven en esa vivienda, a menos que exista una buena razón. Ejemplo de una buena razón es el temor de daños físicos o emocionales a usted o un miembro de su familia. La pregunta número 1 se refiere al *padre* o *madre* de un niño solicitante. La pregunta número 2 se refiere al *esposo* o *esposa* de la persona que solicita.

Los niños podrán obtener seguro médico del Estado si los padres no están dispuestos a proporcionar esta información.

### SECCIÓN K Selección del plan médico

#### CHILD HEALTH PLUS B y FAMILY HEALTH PLUS:

Si se determina que usted es elegible para Child Health Plus B o Family Health Plus, debe seleccionar un plan médico para poder recibir cuidado de salud. Si desea continuar con el médico que tiene ahora, debe inscribirse en un plan donde ese médico está registrado. Si desea escoger un nuevo médico, u obtener el código para un médico o un centro de salud, llame al plan que seleccionó para que le ayuden. Cuando se inscriba en un plan de salud, usted debe utilizar los médicos y hospitales de ese plan.

#### MEDICAID, PCAP y CHILD HEALTH PLUS A:

Algunas personas inscritas en Medicaid, PCAP o Child Health Plus A se les requerirá que se inscriban en un plan médico. A otros no se les requerirá. Si a usted o un miembro de su familia se le encuentra elegible para Medicaid, PCAP o Child Health Plus A, y está en un condado que requiere que las personas estén en un plan médico, nosotros lo inscribiremos en el mismo plan que usted escoja, si éste ofrece Medicaid. Si está en un condado que no requiere que las personas estén en un plan médico, igualmente lo inscribiremos en el plan que usted escoja, a menos que nos diga que no desea inscribirse en ese plan, y marque la casilla apropiada en esta sección. Su entrevistador conversará con usted a este respecto.

## Primas para Child Health Plus B

No se pagan primas para Medicaid, PCAP, Family Health Plus y Child Health Plus A. Puede haber una prima mensual para Child Health Plus B. **Todas las primas aplicables se deben pagar al presentar esta solicitud.** Para determinar si usted necesita pagar una prima sobre la base de sus ingresos mensuales, use la tabla a continuación.

Para estimar su prima, cuente los ingresos de todas las personas incluidas en el tamaño de su familia. El tamaño de la familia se determina sumando:

- el número de niños que solicitan,
- el número de padres o padrastros que viven con ellos, y
- el número de hermanos menores de 21 años que no solicitan y que viven con ellos.

Tamaño de la familia	Gratis	\$9 mensual por niño (máx. \$27)	\$15 mensual por niño (máx. \$45)	Prima total por niño
1	\$1,241	\$1,723	\$1,940	Más de \$1,940
2	\$1,665	\$2,311	\$2,603	Más de \$2,603
3	\$2,089	\$2,899	\$3,265	Más de \$3,265
4	\$2,513	\$3,488	\$3,928	Más de \$3,928
5	\$2,937	\$4,076	\$4,590	Más de \$4,590
Adicional por cada persona				
añadir:	\$424	\$589	\$663	

*\* Válido desde el 1 de enero del 2004. Los niveles de ingreso aumentan cada año. Tome nota de que la cobertura de niños menores de un año es gratis a mayores niveles de ingreso.*

**¿TIENE ALGUNA PREGUNTA O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO?**

**LLAME GRATIS**

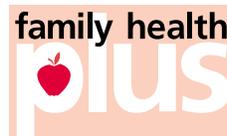
**Para niños: al 1-800-698-4543**

**Para adultos: al 1-877-9FHPLUS**

**TODA AYUDA ES GRATUITA**

**(1-877-898-5849 línea TTY para personas con problemas auditivos)**

**LEA LA SECCIÓN SOBRE CONDICIONES Y RESPONSABILIDADES EN LA ÚLTIMA PÁGINA, Y FIRME Y FECHÉ AL FINAL. CADA ADULTO SOLICITANTE DEBE FIRMAR.**



Estado de Nueva York  
George E. Pataki, Gobernador

Departamento de Salud (Department of Health)  
Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr. P.H., Comisionada